

La Capitale assureur de l'administration publique inc.

625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500
 Québec (Québec) G1K 8X9
 418 644-4200 ou 1 800 463-4856
 Télécopieur : 418 643-7323 ou 1 855 669-8830
 prest.inv@lacapitale.com

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par quelqu'un en son nom si elle est incapable de le remplir elle-même. La Capitale assureur de l'administration publique inc. se réserve le droit d'exiger des renseignements supplémentaires si elle le juge nécessaire. La compagnie n'assume aucune responsabilité pour tous frais relatifs à l'exécution des preuves de la réclamation.

N° DE CONTRAT		N° DE L'EMPLOYEUR		N° D'IDENTIFICATION	
1		2		3	
Déclaration de la personne assurée (remplir en lettres majuscules)					
4 NOM		5 PRÉNOM			
6 ADRESSE		N° RUE		APP. VILLE	
7 TÉLÉPHONE RÉSIDENCE () -		8 TÉLÉPHONE TRAVAIL () -		9 SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
				10 DATE DE NAISSANCE	
				Année Mois Jour	
11 Êtes-vous encore totalement invalide ?					
<input type="checkbox"/> Non - date de fin d'invalidité :		Année Mois Jour		<input type="checkbox"/> Oui - sans interruption depuis le :	
		Année Mois Jour		Année Mois Jour	
12 Avez-vous travaillé à temps partiel depuis le début de votre invalidité ?			13 a) Retour au travail à temps complet :		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Combien de jours ou d'heures/semaine ? _____			Année Mois Jour		
			b) Retour progressif au travail :		
			Année Mois Jour		
14 Depuis le dernier rapport, avez-vous consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi des examens ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
Si oui , veuillez fournir les renseignements ci-dessous.					
Hôpitaux, médecins consultés durant votre invalidité actuelle :					
Nom et adresse des hôpitaux ou médecins		Date		Traitements/opérations	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
15 Quels médicaments prenez-vous actuellement ?					

16 Avez-vous présenté ou présenterez-vous une demande de prestations à un organisme public, à une compagnie d'assurance ou aux deux ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					
Si oui , à quel organisme ? _____		Date de votre demande :		<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude	
		Année Mois Jour			
Autre : Nom de la compagnie d'assurance		Numéro de dossier			
		<input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> À l'étude			

17 Déclaration

« Je certifie que les renseignements donnés ci-dessus sont complets et véridiques. J'autorise la personne responsable du régime d'assurance collective et La Capitale assureur de l'administration publique inc. à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins d'administration et/ou d'identification. »

18 Autorisation

« J'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc. ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il ou qu'elle détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également La Capitale assureur de l'administration publique inc. à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

En cas de décès, j'autorise expressément le preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à La Capitale assureur de l'administration publique inc. ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier. »

Le présent consentement est valide aux fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Attention

Les sections suivantes doivent être dûment remplies et signées :

Par la personne assurée

- déclaration de la personne assurée
- section supérieure de la déclaration remplie par le médecin traitant

Par l'employeur

- déclaration de l'employeur

Par le médecin traitant

- déclaration du médecin traitant

Année Mois Jour

|_|_| |_|_| |_|_|

Date

Signature de la personne assurée

Déclaration de l'employeur ou du preneur (remplir en lettres majuscules)

1 Nom et adresse de l'employeur : _____

 (Veuillez passer à la question suivante si aucun changement n'est survenu depuis la dernière déclaration)

2 N° de contrat : _____
 N° de l'employeur : _____

Code postal : _____

Téléphone : () _____ Poste : _____

3 Nom de l'employé(e) : _____ **4** Prénom de l'employé(e) : _____

5 Numéro d'identification de l'employé(e) : _____

6 Cette personne est-elle toujours à votre emploi ? Oui Non

Si non, s'agit-il :

d'un congédiement ? Non Oui → Date : _____

d'une mise à pied ? Non Oui → Du _____ au _____ Date de l'avis : _____

d'une abolition de poste ? Non Oui → Date : _____

d'un congé sans solde ? Non Oui → Du _____ au _____

autre (précisez) : _____ Du _____ au _____

7 Cette personne est-elle retournée au travail ? Oui Non

	Date	Occupation
Si oui , veuillez indiquer la date et l'occupation :	_____	_____

8 Depuis votre dernière déclaration, avez-vous versé des sommes à cette personne ? Non Oui

	Nature	Période	Montant
Si oui , précisez la nature, la période et le montant (ex. : vacances, congés de maladie, assurance emploi, etc.) :	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

9 Y a-t-il d'autres renseignements relatifs à la présente demande que nous devrions connaître ? Non Oui

Si oui, précisez : _____

10 Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets, exacts et véridiques.

 Signature de la personne autorisée

 Date

Section à remplir par la personne assurée

N.B. Pour les maladies à caractère psychologique, remplir le formulaire au verso.

1 Nom: _____ 2 Prénom: _____
 3 N° de contrat: _____ 4 Numéro d'assurance sociale: _____
 5 Date de naissance: _____

Déclaration du médecin traitant (remplir en lettres majuscules et remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal: _____
 1.2 Secondaire: _____
 1.3 Éléments objectifs de l'examen physique et de l'investigation (**joindre copie** des résultats récents, radiographies, ECG ou autres tests et examens):

 Poids: _____ lb kg Taille: _____ pi/po _____ m/cm Tension artérielle la plus récente: _____
 1.4 Degré de gravité des symptômes (L = Léger, M = Moyen, I = Intense)

	L	M	I		L	M	I
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie: _____
 2.2 Traitements additionnels (précisez le type et la fréquence): _____
 2.3 Chirurgie (date, nature et intervention): _____
 2.4 Hospitalisation: du _____ au _____ Nom de l'hôpital: _____
 2.5 Consultation d'un spécialiste: Non Oui → **Annexez la copie**

3. Suivi médical et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation: _____ Prochaine consultation: _____
 3.2 Tests et examens à venir (précisez): _____
 3.3 Fréquence du suivi: _____
 3.4 Orientation vers un spécialiste: Non Oui Nom du médecin: _____
 3.5 Date prévue de consultation d'un spécialiste: _____ Spécialité: _____
 3.6 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement

 3.7 Évolution: Progressive Stable Régressive
 3.8 Si vous prévoyez que cette absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

 3.9 Collaboration du patient à son traitement: Excellente Moyenne Médiocre
 3.10 Durée approximative de l'incapacité: Nb de jours _____ Nb de semaines _____ Indéterminée ou date de retour au travail _____
 3.11 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez: _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom: _____ Téléphone: _____
 5.2 N° de permis d'exercer: _____ Télécopieur: _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez: _____
 Signature: _____ Date: _____

NOTE: LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE

Section à remplir par la personne assurée

N.B. Pour les maladies à caractère physique, remplir le formulaire au recto.

1 Nom : _____ 2 Prénom : _____
 3 N° de contrat : _____ 4 Numéro d'assurance sociale : _____
 5 Date de naissance : _____

Déclaration du médecin traitant (remplir en lettres majuscules et remettre au patient)

1. Diagnostic

1.1 Principal : _____
 1.2 Secondaire : _____
 1.3 Veuillez décrire les symptômes avec leur fréquence et précisez le degré de gravité de chacun d'eux : L = Léger M = Moyen I = Intense

Signes	L	M	I	Symptômes	L	M	I
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Décrire les limites fonctionnelles qui empêchent votre patient d'exercer ses fonctions ou de vaquer à ses occupations habituelles.

Au début de l'invalidité	Actuellement
_____	_____

2. Traitement

2.1 Médicaments - nom - posologie : _____

2.2 **Votre patient consulte-t-il un :** Depuis quand **Votre patient est-il suivi :** Précisez :

Consulte-t-il un :	Non	Oui	Depuis quand	Est-il suivi :	Non	Oui	Précisez :
psychiatre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un centre de traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
psychologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un CLSC ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
travailleur social ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	dans un hôpital de jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
autre intervenant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	en thérapie de groupe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				en thérapie individuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

AXE II) Troubles de la personnalité associés ? Non Oui Précisez : _____
 Problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme associés ou problèmes de jeu ? Non Oui Précisez : _____

AXE III) Maladie associée : - diagnostic : _____
 - médicaments prescrits : _____

AXE IV) Stresseurs psychosociaux associés (dans les 12 derniers mois) :

<input type="checkbox"/> Problèmes personnels ou interpersonnels	<input type="checkbox"/> Perte d'emploi ou mise à pied	<input type="checkbox"/> Problèmes professionnels
<input type="checkbox"/> Problèmes conjugaux ou familiaux	<input type="checkbox"/> Consommation abusive d'alcool ou de drogues, problèmes de jeu ou les deux	
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		

AXE V) Échelle générale de fonctionnement (selon l'échelle EGF du DSM IV (0 à 100) 100 = condition parfaite) → Au début du traitement : _____ Actuellement : _____

3. Suivi et pronostic

3.1 Date de la dernière consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Prochaine consultation : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

3.2 Fréquence du suivi : _____

3.3 Le patient sera-t-il adressé à un psychiatre ? Non Oui Nom du médecin : _____

3.4 Collaboration du patient à son traitement : Excellente Moyenne Médiocre

3.5 Si vous prévoyez que l'absence du travail se prolongera au-delà de la période habituelle pour un tel diagnostic, veuillez préciser les facteurs justifiant votre pronostic.

3.6 Considérez-vous que son état s'est amélioré de façon optimale ? Non Oui

3.7 Durée approximative de l'incapacité : Nb de jours _____ Nb de semaines _____ indéterminée ou date de retour au travail _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

3.8 Dans combien de temps le patient pourra-t-il retourner au travail ? Nb de jours _____ Nb de semaines _____
 À temps partiel À temps plein Retour progressif Précisez : _____

4. Questions spécifiques au contrat

5. Identification du médecin

5.1 Nom, prénom : _____ Téléphone : _____
 5.2 N° de permis d'exercer : _____ Télécopieur : _____
 Omnipraticien Spécialiste Précisez : _____
 Signature : _____ Date : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

NOTE: LES FRAIS POUR REMPLIR CETTE DEMANDE SONT ASSUMÉS PAR LA PERSONNE ASSURÉE